Verpleeghuisplanning in Noord-Brabant

Provinciale
Contactgroep
Noord-Brabant
december 1980

nationale ziekenhuisraad

B
802

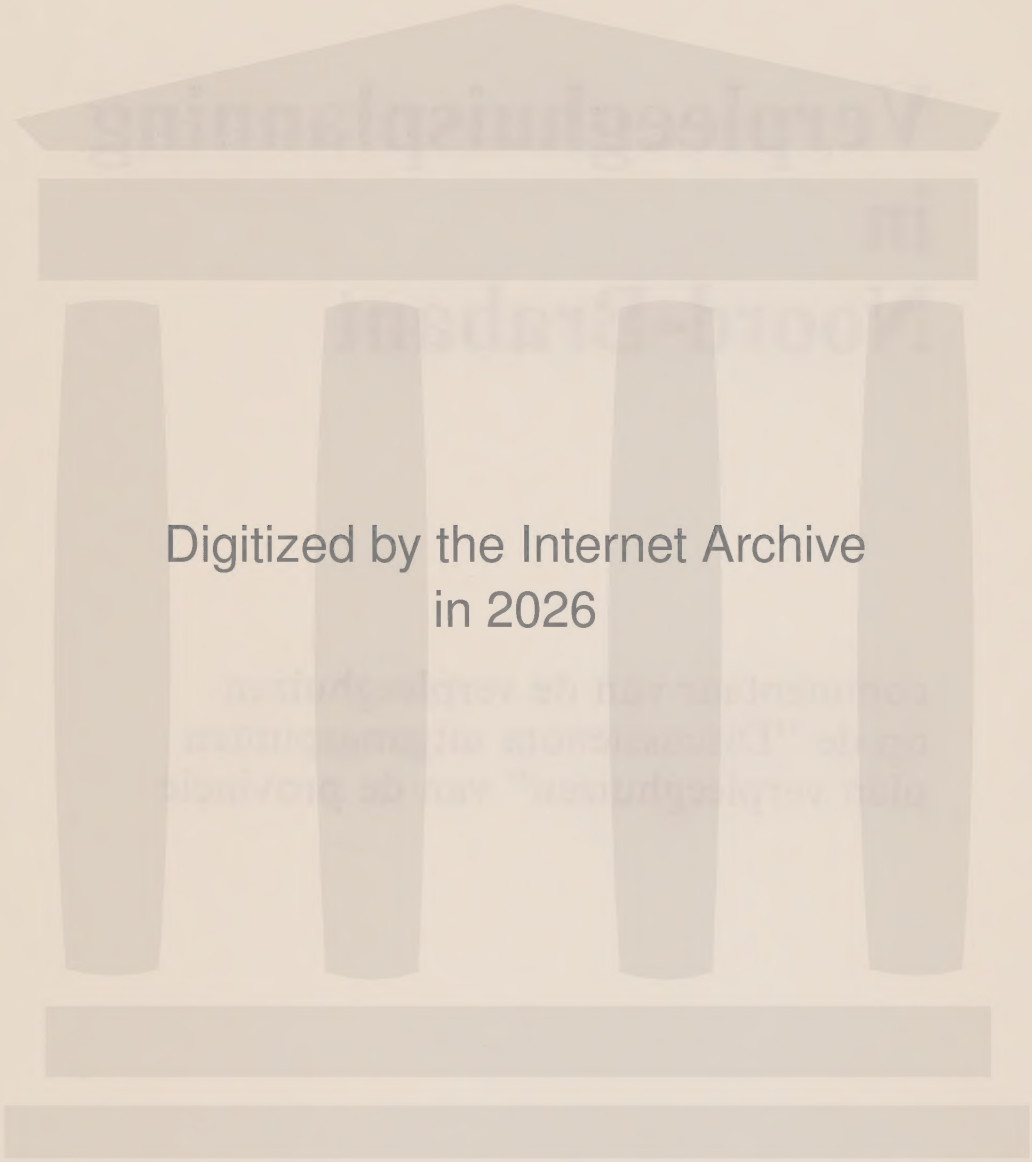
Nederlands Instituut voor Gerontologie
Groesbeekseweg 147 - 6521 CN Nijmegen
Telefoon 080 - 22.81.90

Verpleeghuisplanning in Noord-Brabant

commentaar van de verpleeghuizen
op de "Discussienota uitgangspunten
plan verpleeghuizen" van de provincie

Nationale Ziekenhuisraad
Provinciale Contactgroep Noord-Brabant

B 1802



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/verpleeghuisplan0000vari

INHOUDSOPGAVE

- Voorwoord I
- Inleiding 1
- Kanttekeningen per uitgangspunt 2
- Bijlage I: Concept-uitgangspunten afkomstig uit de "Discussienota uitgangspunten plan verpleeghuizen" van de provincie Noord-Brabant

VOORWOORD

In juni ontving het bestuur van de Provinciale Contactgroep Noord-Brabant de uitnodiging van de Provincie commentaar te leveren op een onder verantwoordelijkheid van Gedeputeerde Staten geconcipieerde nota getiteld "Discussienota uitgangspunten plan verpleeghuizen". Deze nota van de provincie heeft een enorme verspreiding gehad. Besturen van instellingen, gemeenten, gewesten, aangrenzende provincies en verwante voorzieningen, beroepsbeoefenaren, adviesorganen op het terrein van de gezondheidszorg zijn eveneens uitgenodigd om hun zienswijze kenbaar te maken.
Op basis van de binnengekomen reacties en het advies van een commissie van Provinciale Staten zal Gedeputeerde Staten de uitgangspunten voor de planning van verpleeghuizen vaststellen. Daarmee is de eerste fase van de planningsprocedure van de provincie afgerond. In de twee volgende fasen worden onderscheidenlijk voor-ontwerpplan en ontwerpplan vervaardigd; in de vierde en laatste fase wordt het ontwerpplan door Provinciale Staten vastgesteld.
Gedeputeerde Staten zal in de eerste fase van de planningsprocedure - en dat is de fase waarin we nu verkeren - uit de veelheid van verschillende reacties uitgangspunten moeten destilleren. Uit bestuurlijk oogpunt is dit geen eenvoudige opgave.
Planning - een methode van systematische voorbereiding van besluitvorming - zal uitmonden in een plan, waarin ondermeer wordt aangegeven welke wenselijke toestand men in de toekomst wil bereiken. Het effectueren van besluiten en het op gang brengen van een veranderingsproces zal beter verlopen indien de besluiten worden gedragen door degenen die deze besluiten moeten uitvoeren.
Het Bestuur van de Provinciale Contactgroep spreekt daarom de wens uit dat Gedeputeerde Staten in het afwegingsproces, dat vooraf gaat aan de vaststelling van de uitgangspunten, de visie van de verpleeghuizen als een factor van betekenis zullen beschouwen.

Het Bestuur van de Provinciale Contactgroep heeft een werkgroep geformeerd van een zo representatief mogelijke samenstelling. Deze werkgroep heeft een conceptcommentaar op de eerder vermelde discussienota voorbereid.

De werkgroep bestond uit de volgende personen:

De heer F.A.A.Th. Ahout, directeur patiëntenzaken, R.K. Kempisch Verpleegtehuis, Bladel

Mevrouw A.M. van Beers, verpleegkundig directrice, verpleeghuis St. Elisabeth, Goirle

De heer M.P. Buisman, algemeen directeur, verpleeghuis Peppelrode, Eindhoven

De heer drs. F.G.J. Geerings, medewerker secretariaat sectie Verpleeghuizen NZR, Utrecht

De heer drs. J.J.J. Heling, voorzitter, directeur-econoom, St. Jozefsheil/Jan de Witkliniek, Bakel

De heer P.J.F. Janssen, arts, geneesheer-directeur, verpleeghuis De Watersteeg, Veghel

De heer C.J.M. Lauwerijssen, economisch directeur, verpleeghuis Elisabeth, Breda

Mevrouw drs. M. Nuiten, psycholoog, Lucia Stichting, Breda

De heer drs. J.A.G.T. van Oosterhout, algemeen directeur, St. Elisabethshuis, Etten-Leur

De heer A.F.R. van Opdorp, arts, geneesheer-directeur, St. Jozefsheil/Jan de Witkliniek, Bakel

De heer A. Roefs, arts, geneesheer-directeur, Algemeen Burger Gasthuis, Bergen op Zoom

De heer drs. A.L.J. van Büchem, secretaris, Provinciale Contactgroep Noord-Brabant

Het concept-commentaar is naar alle verpleeghuizen in Noord-Brabant gestuurd, met het verzoek hun kanttekenningen aan het secretariaat van de Contactgroep kenbaar te maken. In de regio's West-Brabant en Zuid-Oost-Brabant is het concept-commentaar in een plenair overleg besproken.
Op basis van de individuele reactie's van de verpleeghuizen en de besprekingen in de voormelde regio's is een definitief commentaar op de "Discussienota uitgangspunten plan verpleeghuizen" vastgesteld. Dit commentaar evenals de concept-uitgangspunten geformuleerd in de discussienota (zie bijlage) treft men in het hierna volgende aan.

2 december 1980

Provinciale Contactgroep Noord-Brabant

NZR

INLEIDING

De door het provinciebestuur ingestelde werkgroep van ambtenaren en onafhankelijke deskundigen verdient waardering voor de resultaten van haar werkzaamheden, welke in evengenoemde discussienota zijn neergelegd.
In het bijzonder de intentie tot het leveren van een bijdrage aan wenselijke vernieuwingen in de verpleeghuissector moet positief worden beoordeeld.
Niettegenstaande deze loftuigingen zullen de geformuleerde concept-uitgangspunten in het hiernavolgende critisch worden bekeken.
Alvorens op elk uitgangspunt afzonderlijk commentaar te geven hechten de verpleeghuizen in Noord-Brabant eraan het volgende uitdrukkelijk te vermelden:

De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van mening dat getracht moet worden patiënten zo lang mogelijk in het oorspronkelijke thuismilieu te handhaven. Aan dit uitgangspunt wordt door de verpleeghuizen gevolg gegeven via de functie dagbehandeling.
Is de patiënt eenmaal opgenomen, dan zijn de verpleeghuizen verantwoordelijk voor een zo optimaal mogelijke hulpverlening.
Het is vanuit deze verantwoordelijkheid dat men met het provinciebestuur in het kader van de provinciale planning op het terrein van het verpleeghuiswezen in discussie wenst te gaan over uitgangspunten.

KANTTEKENINGEN PER UITGANGSPUNT

1.a. In de algemene omschrijving van een verpleeghuis voor somatisch zieken en van een afdeling van somatisch zieken van een gecombineerd huis komt onvoldoende tot uiting dat het verpleeghuis een gespecialiseerde behandelfunctie heeft.

De verpleeghuizen in Noord-Brabant omschrijven de aard van het verpleeghuis als volgt:
Het verpleeghuis heeft een eigen gespecialiseerde functie in het circuit van hulpverlening aan de zieke, gehandicapte en zich herstellende mens. Het verpleeghuis is geen verlengstuk van het ziekenhuis; het is ook geen categoraal ziekenhuis dat zich oriënteert op de mens in de nadagen van het leven. Het kenmerkende van het verpleeghuis is het vermogen tot een continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorgverlening aan mensen met ziekten of functionele stoornissen, hetzij door 24-uurs opneming hetzij door dagbehandeling.

In de zorgverlening moet veel aandacht geschonken worden aan de dagelijkse levensomgeving* van de patiënten. Belangrijke aspecten hiervan zijn privacy, keuzemogelijkheden, het beleven van de eigen identiteit en herkenbare plaatsen.

De behandeling richt zich niet uitsluitend op het genezen van de stoornis of ziekte, maar dient gezien te worden als een bijdrage aan het verbeteren of het instandhouden van de algehele conditie van de patiënt, waarbij ook valide functies aandacht krijgen.
De verpleeghuiszorg stelt zich ten doel de patiënten te ondersteunen bij het (weer) gebruik maken van hun mogelijkheden tot het leiden van een zo volwaardig mogelijk leven en in het geval van een ongeneeslijk en zich verslechterend ziektebeeld te helpen bij het afscheid nemen van het leven.

---

*In de discussienota van de provincie wordt in dit verband gesproken over "woonfunctie". De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van oordeel dat het woord "woonfunctie" onjuist wordt gebruikt. Het is de afhankelijkheid van zorg waardoor de mensen in het verpleeghuis moeten worden opgenomen. Dat het verblijf voor een aantal patiënten langdurig is en het verpleeghuis daarom een vervangend thuis kan worden maakt een ruime aandacht voor het leefklimaat noodzakelijk.

In het somatische (enkelvoudige) verpleeghuis of in het somatisch gedeelte van een gecombineerd verpleeghuis is niettegenstaande het langdurig verblijf van veel patiënten en het feit dat een aantal patiënten het verpleeghuis niet meer verlaat, de hulpverlening in beginsel gericht op terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie: hetzij zelfstandig wonen, hetzij het verzorgingstehuis.
Bij de bepaling van de aard van de behandeling, verpleging, verzorging en deelneming aan sociaal-culturele activiteiten zou de inbreng van de patiënt van essentieel belang moeten zijn. In het somatisch verpleeghuis zou bij beslissingen over de aard van de zorg niet het primaat van het "vaktechnisch juiste" moeten heersen, doch zou de dialoog met de patiënt voorop moeten staan. Tijdens het (veelal langdurige) verblijf in het verpleeghuis dienen mogelijkheden geschapen te worden om de patiënten een eigen leefpatroon te laten opbouwen.

Een van de behandelingsmogelijkheden van het verpleeghuis is de zogenaamde dagbehandeling. Hierbij is geen sprake van een 24-uurs opneming, doch wordt de patiënt behandeld gedurende een gedeelte van de dag (van morgen tot avond). De dagbehandeling geschiedt een of meer keren of dagen per week. Door de dagbehandeling die het verpleeghuis biedt, kan de patiënt zich langer zelfstandig handhaven in de maatschappij of daar eerder in terugkeren.

De zorg voor psycho-geriatrische patiënten is van andere aard dan die voor somatisch zieken. De psycho-geriatrische zorg wordt vooral beïnvloed door de afhankelijkheid van de patiënt in psycho-sociaal opzicht.
Bij een aantal mensen openbaren zich op oudere leeftijd dementeringsprocessen, welke gepaard gaan met de aantasting van de eigen weerbaarheid.
Naast de belangrijke functies behandeling, begeleiding en re-socialisatie dient in het psycho-geriatrische verpleeghuis veel aandacht te worden geschonken aan een aangepaste huisvesting. Van de opgenomen patiënten keert slechts een gering aantal terug naar de oorspronkelijke woonsituatie.

Ook het psycho-geriatrische verpleeghuis kent als behandelmogelijkheid de dagbehandeling. De bedoeling van de dagbehandeling is het terugdringen van het dementieel gedrag danwel het vertragen van het dementeringsproces waardoor de patiënt zich langer in zijn thuismilieu kan handhaven of waardoor het thuismilieu in staat wordt gesteld de zorg voor de patiënt te continueren.
Bij een aantal psycho-geriatrische patiënten blijkt, dat thuis veel problemen zich 's nachts voordoen: incontinentie, onrustigheid e.a. Het thuismilieu is 's nachts veelal niet in staat adequate opvang te bieden.

Momenteel vinden in het psycho-geriatrische verpleeghuiswezen discussies plaats over de noodzaak van de functie nachtopvang of nachtbehandeling. Deze functie zou kunnen inhouden dat de patiënten die 's nachts geen adequate thuiszorg kunnen ontvangen in het verpleeghuis behandeling of opvang kunnen krijgen, waarna zij 's morgens vroeg naar huis kunnen terugkeren.
Terzijde zij opgemerkt dat in bepaalde situaties de nachtopvang ook voor somatische patiënten een uitkomst kan bieden.

De opneming van psycho-geriatrische patiënten wordt vaak urgent door een te grote belasting voor de omgeving, die over een beperkte vaardigheid beschikt om met afwijkend gedrag van de patiënt om te gaan.

Opneming in een van beide soorten verpleeghuizen moet niet betekenen dat men van de maatschappij geïsoleerd raakt. Vanuit het verpleeghuis moet een open verbinding met de maatschappij worden nagestreefd. Dit zou hierin tot uiting kunnen komen, dat normen en waarden van de maatschappij buiten het verpleeghuis ook daarbinnen zouden gelden, dat patiënten gebruik zouden kunnen maken van voorzieningen buiten het verpleeghuis, dat het verpleeghuis zich open dient te stellen voor buurtactiviteiten en dat de verpleeghuishulpverleners hun deskundigheid ook richten op gezondheidsproblemen buiten het verpleeghuis.
De functie van het verpleeghuis en de geriatrische gerichtheid eist speciaal daartoe opgeleid personeel, speciale diagnostische en therapeutische hulpmiddelen en een op de functie afgestemde accommodatie.

1.b. Afwijkend van het derde advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid onderscheiden de verpleeghuizen in Noord-Brabant de volgende categorieën voor somatische- en psycho-geriatrische patiënten:

Somatische patiënten:

Deze hoofdcategorie is uit te splitsen naar drie subcategorieën, waarvan sommige verder onder te verdelen zijn:

1. Tijdelijke patiënten, waarvan men verwacht dat zij na verloop van tijd weer terugkeren naar de oorspronkelijke of naar een andere adequate woonsituatie:

   - reconvalescentie- of herstellingspatiënten: patiënten die nabehandeld en verpleegd worden na een ziekenhuisopname;

- reactiveringspatiënten: patiënten die als gevolg van ziekte of ongeval training van bepaalde functies behoeven. Deze reactivering kan zowel door opname als door dagbehandeling plaatsvinden. Bepaalde patiënten worden periodiek opgenomen ter reactivering van functies die geleidelijk afzwakken.
  Hier spreekt men van een gefractioneerde opname en onderhoudsreactivering.

- patiënten bij wie het doel van de opneming is: de tijdelijke vervanging van diegenen die de patiënt in de thuissituatie adequate verpleging of verzorging boden, maar daartoe wegens vakantie of andere omstandigheden tijdelijk niet in staat zijn.

2. Long-stay patiënten: dit zijn patiënten die geen continue specialistische hulp op ziekenhuisniveau nodig hebben maar die de noodzakelijke verpleging en verzorging thuis of in een verzorgingstehuis ook niet kunnen ontvangen bij gebrek aan voldoende (para-)medische en verpleegkundige begeleiding. Enkele voorbeelden van deze groep verpleegbehoeftigen zijn: patiënten met spierdistrofieën, multiple sclerose, rheuma, c.v.a., traumata.

3. Terminale patiënten: patiënten die in het verpleeghuis worden behandeld, verpleegd en verzorgd, waarbij de verwachting bestaat dat zij binnen afzienbare tijd zullen komen te overlijden.

In deze indeling worden somatische patiënten met eveneens psycho-geriatrische problematiek tot de psycho-geriatrische patiënten gerekend.

Psycho-geriatrische patiënten:

Deze hoofdcategorie is onder te verdelen naar drie subcategorieën:

1. Begeleiding behoevende patiënten: patiënten die door gedragsstoornissen in hun thuismilieu niet meer zijn te handhaven. Onder de deskundige begeleiding van het verpleeghuis kunnen ze nog in enige mate zelfstandig functioneren.

2. Verzorging behoevende patiënten: bejaarden die ten gevolge van decompensatie van lichamelijk en psycho-sociaal evenwicht dermate gedragsstoornissen vertonen, dat zij niet meer zichzelf kunnen verzorgen.

3. Verpleging behoevende patiënten: bejaarden die op grond van ernstige gedragsstoornissen of een ernstig dementieel beeld verpleging en verzorging behoeven.

In elk van de hiervoor genoemde categorieën kunnen patiënten met meer of minder ernstige somatische klachten voorkomen.

1.c. In een verpleeghuis horen patiënten thuis, die een indicatie hebben voor verpleeghuishulpverlening.
Dit betekent niet dat elke patiënt met een verpleeghuisindicatie in het verpleeghuis thuis hoort. In het geval van meerdere handicaps zal per patiënt moeten worden bekeken of het verpleeghuis dan wel een ander instituut de patiënt de beste zorg kan geven.

De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van oordeel dat in de regio tussen verpleeghuizen en andere voorzieningen overleg op gang moet worden gebracht over moeilijk plaatsbare patiënten, zodat dezen niet tussen wal en schip terecht komen.

2.a. Dit uitgangspunt wordt onderschreven. Concentratie van jeugdigen in enkele verpleeghuizen is gewenst.
De afzonderlijke afdelingen voor jeugdigen en kinderen dienen wel zeer open verbindingen te hebben naar de andere afdelingen van het verpleeghuis.
Gezien de levensfase waarin jeugdigen verkeren, dienen mogelijkheden gecreëerd te worden, om hen aan activiteiten buiten het verpleeghuis te laten deelnemen.
Voor de jeugdigen die zelfstandig buiten het verpleeghuis willen wonen zal bekeken moeten worden of dit met steun van het verpleeghuis en eventueel van de eerste lijn mogelijk is.

2.b. In Noord-Brabant worden kinderen en jeugdigen vooral opgenomen in Verpleeghuis Elisabeth te Goirle en in St. Jozefsheil te Bakel.

2.c. Onder jeugdige patiënten wordt verstaan: patiënten die niet ouder zijn dan 25 jaar en bij wie de behoefte aan een schoolopleiding veelal aanwezig is.

3.a. In het commentaar bij 1.a. werd reeds aangegeven dat ruime aandacht dient te worden geschonken aan het creëren van een zo leefbaar mogelijke sfeer binnen het verpleeghuis.
Patiënten worden primair opgenomen omdat zij afhankelijk zijn van verpleegkundige-, medische-, para-medische- en psychosociale zorg. Daartoe biedt het verpleeghuis aangepaste huisvesting.

3.b. Bij langdurige en blijvende patiënten dient ruimere aandacht aan de huisvesting te worden besteed dan bij kortverblijvende of sneldoorstromende patiënten.

4.a. In uitgangspunt 4 worden een aantal essentiële zaken in verband gebracht met de woon- en verpleegfunctie van het verpleeghuis. Niet duidelijk is waarom geen relatie wordt gelegd naar de andere functies van het verpleeghuis zoals medische- en para-medische behandeling en psycho-sociale zorg. Dit uitgangspunt aldus omschreven wordt daarom niet onderschreven. Een betere formulering zou zijn:
"Opdat de patiënt zich in het verpleeghuis zo goed mogelijk zal thuis voelen, dient ruime aandacht te worden geschonken aan: een persoonlijke levenssfeer, bevordering van zelfstandigheid, beleven van identiteit, een herkenbare plaats e.d."

4.b. Ter realisering van dit geherformuleerde uitgangspunt kan aan de volgende verbeteringen worden gedacht:
- een groot aantal 1- en 2-persoonskamers;
- eigen meubilair;
- meer ruimtes om privé-gesprekken te kunnen voeren met naasten;
- voor zover mogelijk een eigen huissleutel voor de patiënt;
- afgesloten kasten;
- ontmoetingsruimte (van voldoende omvang) voor de patiënten (onderling) en hun bezoek;
- zoveel mogelijk inbreng van de patiënt of diens familie bij de behandeling;
- geen massale voorzieningen voor wassen, baden en toiletgebruik;
- zoveel mogelijk privacy bij toiletgebruik.

De verpleeghuizen zijn van mening dat deugdelijk onderzoek moet worden uitgevoerd ter verbetering van de leefsituatie in het verpleeghuis.

5.a. Sterven is een gebeuren dat primair in de thuissituatie moet plaatsvinden. Indien het thuismilieu c.q. verzorgingstehuis niet in staat is de stervende patiënt adequate hulp te bieden, dan zal het verpleeghuis de patiënt moeten opnemen.

5.b. In het verpleeghuis zullen kamers aanwezig moeten zijn, waarin de patiënt op gepaste wijze kan sterven. Tevens zal ruimte voorhanden moeten zijn om de familie van de patiënt te ontvangen.

6.a. Uitgangspunt 6 wordt niet onderschreven omdat het een summiere weergave is van de medische- en para-medische zorg van het verpleeghuis. Een meer met de werkelijkheid overeenstemmende beschrijving treft men hierna aan:

Naast onderzoek en behandeling van het primaire ziektebeeld heeft men in het verpleeghuis aandacht voor de opgetreden functiestoornissen.
De indicatie tot opneming van een patiënt wordt niet alleen door de aard van het primaire ziektebeeld bepaald, maar ook en in belangrijke mate door uit dit ziektebeeld ontstane functiestoornissen en de daarmee samenhangende behoefte aan medische-, para-medische,verpleegkundige- en psycho-sociale behandeling en begeleiding.
Men zou het verpleeghuis kunnen omschrijven als een instelling voor gezondheidszorg voor patiënten die veelal een langdurige hulpverlening nodig hebben om hun lichamelijke en/of geestelijke invaliditeit op te heffen of te verminderen en hen optimaal te begeleiden.
Behandeling en verbetering van de functiestoornissen is veelal een langduriger proces dan de behandeling van het primair daaraan ten grondslag liggende ziektebeeld c.q. ongevals gevolg.
In het verpleeghuis wordt men veelal geconfronteerd met geriatrische ziektebeelden. Vaak is er sprake van multiple pathologie.
In de zorgbenadering is een multidisciplinaire aanpak nodig van eerdergenoemde disciplines.
Bij een aantal patiënten kunnen de lichamelijke functies niet of nauwelijks verbeterd worden; de behandeling is er dan uitsluitend op gericht de status quo van de patiënt door middel van onderhoudstherapie te handhaven.

Een andere groep patiënten komt in aanmerking voor reactivering en daarna zo mogelijk ontslag naar het oorspronkelijke milieu.
De therapie is hier met name gericht op een zo goed mogelijk herstel van de ADL-functies.

Gesteld kan worden dat in het verpleeghuis een integrale behandeling van de patiënt plaats vindt, waarbij de nadruk ligt op de verpleegkundige zorg, de geneeskundige en paramedische behandeling en de reactivering. De geneeskunde die in het verpleeghuis wordt toegepast heeft niet meer het algemene karakter van de huisartsengeneeskunde.
De verpleeghuisarts richt zich naast reactivering op diagnostiek en therapie van met name oudere groepen patiënten met veelal langdurige ziekteprocessen van multiple pathologie en geriatrische ziektebeelden.
Een diepgaande kennis van de ADL-problematiek, inzicht in de oorzaken van o.a. motorische stoornissen en de behandeling daarvan zijn wezenlijk voor de verpleeghuisartstaak. De verpleeghuisgeneeskunde heeft een specialistisch karakter gekregen.
Ook de andere disciplines van het verpleeghuis zijn specialistisch van aard.

6.b. Met het hierboven gestelde wordt een duidelijke afbakening naar andere klinische medische zorg gegeven.

7.a. Behalve hetgeen geformuleerd is in uitgangspunt 7 heeft dag-behandeling tot doel:
- voorkoming van opneming van patiënten;
  een aantal patiënten kan door regelmatige dagbehandeling zichzelf handhaven in de maatschappij;
- bij patiënten die wegens plaatsgebrek nog niet in het verpleeghuis kunnen worden opgenomen, kan reeds met de behandeling begonnen worden.

7.b. Een samenhangend zorgpakket, de multidisciplinaire benadering van de zorg en de geriatrische gerichtheid zijn facetten van de dagbehandeling van het verpleeghuis, die via de 1e lijnszorg moeilijker zijn te realiseren.

8.a. De patiëntencategorieën zijn in uitgangspunt 8 duidelijk onderscheiden.

8.b. Bejaarden met een dementieel ziektebeeld* zouden hulpverlening van verpleeghuizen moeten ontvangen.
Dit betekent niet dat elke demente bejaarde in het verpleeghuis thuis hoort. Bijvoorbeeld bij demente bejaarden die ook psychiatrische ziektebeelden vertonen zal per patiënt bekeken moeten worden of het verpleeghuis dan wel een ander instituut de beste zorg kan geven.

9.a. Onderzoek naar de psychische stoornissen van bejaarden moet zoveel mogelijk poliklinisch worden uitgevoerd.

9.b. In het hiernavolgende zijn de opvattingen van de verpleeghuizen in Noord-Brabant weergegeven over de observatiefunctie voor zowel somatische- als psycho-geriatrische patiënten.

De noodzaak tot observatie bij somatische patiënten doet zich voor, wanneer er sprake is van een disfunctioneren of lichamelijke achteruitgang zonder dat een orgaanspecifieke oorzaak is aan te wijzen.
Teineinde tot een oordeel te kunnen komen over de toestand van de patiënt, diens behandelingsmogelijkheden en diens toekomstverwachting wordt observatie gedaan. Geschiedt deze observatie door opneming op orgaan-specialistische afdelingen van algemene ziekenhuizen, dan gaat dat vaak met interne overplaatsing gepaard.

---

*Alhoewel de term "psycho-geriatrische patiënten" algemeen ingang heeft gevonden geeft de benaming "demente bejaarden" of "dementieel ziektebeeld" beter aan over welke patiëntencategorie men het heeft.

Bovendien zijn de opnemingen vaak langdurig van aard waardoor de patiënt immobiliseert en blijft onderzoek naar sociale achtergronden veelal achterwege.
De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van mening dat de observatiefunctie toebehoort aan een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, die deze functie zoveel mogelijk poliklinisch moet uitvoeren, met benutting van de know-how van het verpleeghuis. Slechts in een beperkt aantal gevallen - met name in acute situaties - is klinische observatie noodzakelijk.

Is in de regio geen algemeen ziekenhuis met een geriatrische afdeling aanwezig, dan is het verpleeghuis het meest geëigende instituut - gezien zijn geriatrische gerichtheid en de aanwezigheid van een multidisciplinair team - om de observatiefunctie te vervullen. De observatie geschiedt bij voorkeur poliklinisch vanuit het thuismilieu.

Ook de observatie-functie voor psycho-geriatrische patiënten dient bij voorkeur vanuit de thuissituatie poliklinisch te geschieden. Geriatrische diensten*, geriatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen lijken de meest aangewezen instituten c.q. afdelingen om deze functie te vervullen. Hierbij moet zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van de know-how van het verpleeghuis. Zijn voornoemde instituten of afdelingen niet in de regio voorhanden, dan zal het psycho-geriatrische verpleeghuis de observatie-functie op zich moeten nemen en deze bij voorkeur poliklinisch moeten uitvoeren.

9.c. De verpleeghuizen in Noord-Brabant zien inderdaad een coördinerende rol weggelegd voor goed opgezette geriatrische diensten met een duidelijk omschreven functie-pakket. Het is van belang dat deze diensten gebruik maken van de know-how van de verpleeghuizen resp. dat verpleeghuismedewerkers hierin participeren.

In Helmond zijn goede ervaringen opgedaan met het functioneren van een geriatrische werkgroep; het streven is erop gericht te komen tot een geriatrische dienst niet alleen voor psycho-geriatrische patiënten, doch ook voor bejaarden die lichamelijke klachten of sociale problemen hebben. Dit streven verdient navolging.

---

*In dit commentaar wordt in plaats van sociaal-geriatrische dienst gesproken over geriatrische dienst, omdat deze laatste term beter de functie van de dienst tot uitdrukking brengt.

10.a. Uitgangspunt 10 wordt niet onderschreven omdat de zorgverlening te nadrukkelijk wordt gericht op beschermd wonen. In verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten en afdelingen voor psycho-geriatrische patiënten van gecombineerde huizen is de hulpverlening gericht op het terugdringen van het dementieel gedrag en het vertragen van het dementeringsproces. Hiertoe tracht men het dementeringsprocesbevorderende factoren op te sporen door diagnostiek (zowel somatisch als psychisch), verpleegkundige observatie en onderzoek naar de sociale achtergronden van de patiënt.
In de multidisciplinaire aanpak wordt gepoogd deze factoren zoveel mogelijk uit te schakelen dan wel te ondervangen.

Bovendien streeft men er naar de patiënt in een goede lichamelijke conditie te brengen of te houden hetgeen voor een optimaal psychisch functioneren noodzakelijk is. Daarnaast wordt getracht een voor het psychisch functioneren zo goed mogelijk leefklimaat te scheppen, hetgeen inhoudt dat men - gelet op de sterk verminderde zelfstandigheid van de patiënt - aangepaste en beschermde huisvesting tracht te bieden.

Opgemerkt dient te worden dat in de dagelijkse praktijk verpleeghuizen in regio's waar nog geen geriatrische dienst of ander instituut als onder 9.b. omschreven voorhanden is, zelf de taak op zich hebben genomen via diagnostiek en observatie vast te stellen of de diagnose dementie of dementieel syndroom en de daaruit gevolgde opneming juist is. In een (klein) aantal gevallen (van schijndementie) blijkt het na behandeling mogelijk de patiënt weer in de eventueel aangepaste thuissituatie terug te plaatsen. In een aantal andere gevallen blijkt na grondige multidisciplinaire diagnostiek en behandeling dat bij optimaal psychisch functioneren van de patiënt de ernst van de dementie meevalt, waarbij soms ontslag met dagbehandeling tot de mogelijkheden behoort.

11.a. De visie op dagbehandeling zoals neergelegd in uitgangspunt 11 is niet compleet. Een betere formulering ware:
De dagbehandeling in verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten kan in belangrijke mate een bijdrage leveren aan:
- het terugdringen van dementieel gedrag dan wel het vertragen van het dementeringsproces, waardoor de patiënt - ondersteund door deze dagbehandeling - zich langer in de maatschappij kan handhaven c.q. opneming, voorkómen kan worden.;
- het thuismilieu van thuisblijvende patiënten gedeeltelijk te ontlasten, zodat het langer in staat is de patiënt te verplegen;
- het accepteren door de gemeenschap van afwijkend (dementieel) gedrag;
- het reeds in behandeling nemen van patiënten die wegens plaatsgebrek nog niet kunnen worden opgenomen.

Essentieel is dat de dagbehandeling daarbij kan aansluiten op een goed ontwikkelde sociaal-geriatrische zorg.

11.b. Bij goed ontwikkelde sociaal-geriatrische zorg kan aan meer patiënten via dagbehandeling hulp geboden worden.

11.c. In vraag 11.c. wordt de gedachte van kleinere locaties van verpleeghuizen geïntroduceerd. Voor een visie op de omvang van het verpleeghuis wordt verwezen naar het commentaar bij uitgangspunt 24.

12.a. Uitgangspunt 12 wordt niet onderschreven. Er zijn wel degelijk zorggerichte argumenten om de voorkeur te geven aan gecombineerde verpleeghuizen met zowel somatische- als psycho-geriatrische patiënten.

Ook patiënten van een afdeling voor somatisch zieken kunnen in psychisch opzicht gaan disfunctioneren. In een vroegtijdig stadium kan met behulp van de deskundigheid van de psychogeriatrische afdeling dit disfunctioneren worden opgevangen dan wel worden teruggedrongen. Hierdoor is overplaatsing naar de afdeling van psycho-geriatrische patiënten niet direct of helemaal niet nodig.
Kampt men op laatstgenoemde afdeling met ernstige somatische problematiek, dan kan men te rade gaan bij de staf van de somatische afdeling. Deze wederzijdse consultatie, de onderlinge uitwisseling van informatie en de deskundigheidsbevordering die hieruit resulteert, zijn belangrijke voordelen van een gecombineerd huis.

Andere voordelen zijn:
- meer mogelijkheden tot spreiding van voorzieningen;
- meer continuiteit in de zorgverlening;
- flexibiliteit bij overplaatsing, terugplaatsing en verkeerde diagnose;
- een gecombineerd huis heeft voor op twee enkelvoudige huizen, dat bepaalde voorzieningen niet dubbel getroffen hoeven worden: directie, administratie, keuken, huishoudelijke- en technische dienst, wasserij;
- minder weerstand bij een psycho-geriatrische patiënt en diens familie tegen opneming;
- mogelijkheden voor verzorging van stages.

Vanuit een theoretische invalshoek kan men stellen dat indien enkelvoudige huizen met verschillende patiëntencategorieën gestructureerde samenwerkingsrelaties zouden onderhouden, enkele van bovengenoemde voordelen ook zouden gelden.

Gecombineerde huizen dienen zodanig te worden ingericht dat voor genoemde categorieën van patiënten strikt gescheiden afdelingen aanwezig zijn. Deze afdelingen hebben een geheel eigen karakter, hetgeen in de behandeling, verpleging, begeleiding en verzorging tot uiting komt. De scheiding van beide patiëntencategorieën dient zodanig gerealiseerd te worden dat de medische, para-medische en verpleegkundige dienstverlening vanuit één centraal punt aan beide categorieën ten goede kan komen.

Opdat aan beide patiëntencategorieën evenveel aandacht wordt besteed is een evenwichtige verhouding van aantallen patiënten voor genoemde categorieën gewenst.

12.b. Deze vraag is met het bovenstaande commentaar voldoende beantwoord.

13.a. De wenselijkheid van een regionaal gecoördineerd beleid inzake indicatiestelling en opneming wordt onderschreven. Of men hiermee meer inzicht kan krijgen in de "werkelijke" regionale behoefte aan verpleeghuisfaciliteiten - zoals de scribenten veronderstellen - is nog maar de vraag. Deze behoefte is ondermeer afhankelijk van de morbiditeitsontwikkeling, van wat men als behoefte definieert (indicatiestelling) en van datgene wat men in het thuismilieu aan hulp wenst en kan realiseren.

Regionaal gecoördineerd beleid inzake indicatiestelling kan een meer uniforme indicatiestelling bevorderen.
In het kader van regionaal gecoördineerd beleid van verpleeghuizen inzake opneming en indicatiestelling, zou men achtereenvolgens de volgende stappen kunnen nemen:
- het opzetten van een gemeenschappelijke wachtlijst;
- een gemeenschappelijke indicatiestelling;
- een gemeenschappelijk opnemingsbeleid;

Als deze drie stappen zijn genomen lijkt de tijd rijp om te denken aan een regionaal gecoördineerd opnemingsbeleid voor bejaarden.

13.b. Een regionaal gecoördineerd beleid is een belangrijke stap voorwaarts, omdat men betere garanties heeft dat de patiënt op de juiste plaats komt.
Uit planningsoogpunt is er geen sprake van verbetering zolang de regionale behoefte aan verpleeghuisvoorzieningen wordt uitgedrukt in een norm gerelateerd aan de bevolkingsomvang én leeftijdssamenstelling. Door een regionaal gecoördineerd opnemings- en ontslagbeleid verandert de bevolkingsomvang en leeftijdssamenstelling niet.

14.a. Tussen het algemeen ziekenhuis en het verpleeghuis is een relatie nodig ten aanzien van de wederzijdse afstemming van het opnamebeleid. Formalisatie van deze relatie is wenselijk voor zover dit de samenwerking ten goede komt.
Behalve de afstemming van het opnemingsbeleid en de uitwisseling van consulentschappen zijn er andere gebieden waarop samenwerking gewenst is. De lezer wordt hiervoor verwezen naar het NZR/KNMG-rapport "relatie ziekenhuis-verpleeghuis" van oktober 1977.
Door middel van de NZR/KNMG-brochure "modelovereenkomst ziekenhuis-verpleeghuis" wordt besturen en directies van verpleeghuizen en ziekenhuizen een handvat geboden waarmee de gewenste samenwerking in een overeenkomst kan worden vastgelegd.

15. Een samenwerkingsrelatie tussen het algemeen ziekenhuis en het verpleeghuis voor psycho-geriatrische patiënten is behalve bij klinische observatie c.q. onderzoek naar psychische stoornissen van bejaarden ook bij poliklinische observatie c.q.-onderzoek gewenst. Indien geen geriatrische dienst in de regio aanwezig is, dient deze functie te worden vervuld door een geriatrische - of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.
Bij het ontbreken van dergelijke afdelingen van algemene ziekenhuizen in de regio en van een goed opgezette geriatrische dienst of een geriatrische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis zal het verpleeghuis de observatie c.q. onderzoeksfunctie zelf ter hand moeten nemen. Deze functie dient dan zoveel mogelijk poliklinisch te worden uitgeoefend.

Het consulentschap van een verpleeghuisarts van een psycho-geriatrisch verpleeghuis zou ondermeer kunnen inhouden het verschaffen van geriatrische adviezen m.b.t. psycho-geriatrische patiënten met ADL-problemen.

16.a. Uitgangspunt 16 wordt onderschreven. De lezer wordt in dit verband verwezen naar het commentaar bij uitgangspunt 8.

17. Uitgangspunt 17. wordt onderschreven en vraag 17.a. wordt bevestigend beantwoord.

18.a. Opneming in een verpleeghuis dient op strikt medische indicatie (= verpleeghuisindicatie) te geschieden. Zeer incidenteel, wanneer sprake is van grote nood bij de betrokkenene, zouden sociale overwegingen een rol kunnen spelen bij de beslissing tot opneming.

19. In uitgangspunt 19. worden met het voorstel tot introductie van verpleegafdelingen (inclusief consultatieve ondersteuning van verpleeghuïsartsen) in verzorgingstehuizen en het aanhaken van dependances van verpleeghuizen aan verzorgingstehuizen bewust overlappingen gecreëerd in functies van verpleeghuis en verzorgingstehuis.
Het is niet onwaarschijnlijk dat deze intentie meer is ontsproten aan de behoefte om verpleeghuisvoorzieningen maximaal te spreiden, dan aan het scheppen van voorwaarden voor adequate zorg.
De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van mening dat uit het oogpunt van goede zorg en van planning van voorzieningen een taakafbakening tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen wenselijk is, evenals dat het geval moet zijn tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen.

Voor een omschrijving van de doelstelling van het verzorgingstehuis wordt verwezen naar het rapport "Advies inzake taak en functie van het verzorgingstehuis voor bejaarden" (1979) van de Centrale Commissie voor de Bejaardenoorden.
Hierin wordt het volgende geformuleerd:
"het in combinatie bieden van huisvesting en van gedeeltelijke dan wel volledige verzorging en begeleiding in de eigen woonsfeer zonder dat er sprake is van het geven van voortdurende verpleging".

Met betrekking tot de verplegingstaak in verzorgingstehuizen wordt in het rapport opgemerkt:
"Deze taak houdt voor bewoners van het tehuis bij ziekte in verzorging en verpleging gedurende een beperkte tijd in de eigen kamer of indien noodzakelijk in de ziekenboeg".

Voorzover dus in een verzorgingstehuis een bewoner moet worden verpleegd zal dit niet verder moeten gaan dan op het niveau van familiehulp aangevuld met wijkverpleging.
Daar waar langdurig en/of zeer intensieve verpleegkundige hulp moet worden geboden - continue systematische langdurige multidisciplinaire zorg- gecombineerd met meer dan incidentele medische hulp, zal overplaatsing naar een verpleeghuis moeten volgen in het belang van de bewoner-patiënt en zijn omgeving.

De taak van het verpleeghuis is geneeskundig onderzoek en behandeling, verpleging, reactivering, fysiotherapie, ergotherapie, bezigheidstherapie en psycho-sociale begeleiding.
In een psycho-geriatrisch verpleeghuis zal het accent liggen op psycho-sociale begeleiding en re-socialisatie.
De taken waarvoor het verpleeghuis staat, stelt zekere eisen aan zijn omvang. Voor de visie van de verpleeghuizen in Noord-Brabant op de omvang van het verpleeghuis wordt de lezer verwezen naar het commentaar bij uitgangspunt 24.

De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van mening dat de patiënt zo lang mogelijk in de oorspronkelijke woonsituatie moet blijven. Laat de gezondheidstoestand dit evenwel niet meer toe dan zal helaas overplaatsing naar het verpleeghuis noodzakelijk zijn.

20. De noodzaak tot opneming van psycho-geriatrische patiënten en somatische patiënten doet zich op grond van voor de patiëntencategorie specifieke oorzaken voor.
Blijft opneming vanwege plaatsgebrek in het verpleeghuis achterwege, dan ontstaat voor beide categorieën met het oog op hun gezondheidstoestand een onwenselijke situatie.
De omgeving van de patiënt ervaart vanwege het niet ingesteld zijn op het verlenen van adequate zorg een zekere belasting.
Voor de omgeving van psycho-geriatrische patiënten kan deze belasting het gevolg zijn van gedragsstoornissen van de patiënt.

Ook in somatische verpleeghuizen waar men met patiënten met dementeringsprocessen kan worden geconfronteerd, kan uitstel van overplaatsing als belastend worden ervaren.

21. Ook bij de Nationale Ziekenhuisraad wordt de vaststelling van zo objectief mogelijke indicatie-criteria voor verpleeghuis-opneming nagestreefd.
De lezer wordt dan ook verwezen naar het NZR-rapport "Indicatiestelling verpleeghuizen".

Als mogelijke vorm van samenwerking tussen verzorgingstehuis en verpleeghuis zou aan het volgende kunnen worden gedacht: Verzorgingstehuizen zouden in de gelegenheid moeten worden gesteld om desgewenst gebruik te maken van de verpleegkundige therapeutische en geriatrische deskundigheid die in het verpleeghuis aanwezig is. Hierbij kan o.a. worden gedacht aan consultatie ten behoeve van bewoners in het verzorgingstehuis die groepsverzorging ontvangen.

22.a. Uitgangspunt 22 wordt onderschreven. Een pragmatische aanpak verdient aanbeveling. Zie hiervoor het antwoord op vraag 13.a. Geriatrische diensten kunnen op regionaal niveau een coördinerende rol vervullen.
Deze dienst kan als een onafhankelijk instituut voor indicatiestelling fungeren. Van belang hierbij is dat in een zo vroeg mogelijk stadium het disfunctioneren van bejaarden in somatisch, psychologisch of maatschappelijk opzicht wordt onderzocht en geadviseerd wordt over de toe te passen zorg.

23.a. Uitgangspunt 23 wordt onderschreven. Geconstateerd moet echter worden dat voor een bepaalde groep van patiënten namelijk jeugdigen voorzieningen ontbreken om deze groep zo lang mogelijk in het thuismilieu te verplegen. Een voorziening als de geriatrische dienst voor bejaarden zou er ook moeten zijn voor jeugdigen, maar dan uiteraard gericht op hun problematiek.

23.b. Op deze vraag is voorshands geen antwoord te geven. De ervaring zal het leren.

23.c. Dit hangt van de wijze af waarop de vraag naar dagbehandeling zich zal ontwikkelen.
Het is niet onwaarschijnlijk dat een deel van de capaciteit zal worden aangewend voor die categorie van patiënten, waarvan de familie ook in het dagbehandelingsloze-tijdperk de patiënt zo lang mogelijk thuis zou hebben verpleegd, maar nú bij aanwezigheid van een dergelijke voorziening ter ontlasting van hun eigen zorgactiviteiten, daar een beroep op gaat doen.

24. In uitgangspunt 24. wordt uit het oogpunt van spreiding voor meerdere locaties van verpleeghuizen en kleinere vestigingen (dependances) gepleit. Aan dit pleidooi wordt ook de gedachte van functionele differentiatie gekoppeld.
Terwille van de kwaliteit van de zorg zullen aan de omvang van het verpleeghuis bepaalde eisen moeten worden gesteld.

Regiondirecties

Functionele differentiatie wordt afgewezen omdat voor bepaalde categorieën van patiënten de spreiding van voorzieningen wordt tegengewerkt.
Functionele differentiatie gecombineerd met dependancevorming houdt in dat men verschillende categorale voorzieningen in het leven roept, die met verschillende schaalgroottes werken. Bepaalde categorieën van patiënten worden in de kleinere vestiging opgenomen. Andere categorieën - b.v. de zwaarder gehandicapten - worden in het moederinstituut opgenomen, dat op grotere schaal werkt. Voor deze patiënten wordt dan de spreidingsgedachte tegengewerkt.

Bij de bepaling van de omvang van het verpleeghuis moeten de voordelen van kleinschaligheid worden afgewogen tegen over die van grootschaligheid.

De voordelen van kleinschaligheid zijn:
- opname dicht bij het oorspronkelijk milieu, spreiding van voorzieningen;
- overzichtelijkheid c.q. vertrouwdheid;
- mogelijkheid tot attitude-vorming: een open instelling van de hulpverleners ten opzichte van de patiënt is van wezenlijk belang voor de zorgverlening.

De laatste twee genoemde voordelen zijn ook in grote verpleeghuizen te realiseren, indien daartoe in bouwkundig en organisatorisch opzicht voorzieningen worden getroffen.

De voordelen van grootschaligheid zijn:
- ruimere mogelijkheden tot zorgverlening ten aanzien van de hierna te noemen functies;
  . medische dienstverlening
  . klinische psychologie
  . fysiotherapie
  . ergotherapie
  . logopedie
  . maatschappelijk werk
  . diëtetiek;
- deskundigheidsopbouw door een groter patiëntenarsenaal;
- meer mogelijkheden voor een verdergaande differentiatie van patiënten;
- meer mogelijkheden voor het creëren van specifieke leefgemeenschappen;
- meer continuïteit in de zorgverlening: het aantal eenmansposten is ten opzichte van kleine verpleeghuizen minder;
- meer gespecialiseerde functionarissen kunnen in plaats van op part-time basis op full-time basis worden aangesteld: deze zijn daardoor ook makkelijker aan te trekken;
- meer mogelijkheden tot multidisciplinair werken vanwege meer full-time functionarissen (onderling overleg, afstemmen van therapieën);
- aanstelling van een personeelsfunctionaris;
- meer mogelijkheden tot bieden van stages.

Uit theoretische invalshoek kan men stellen dat deze voordelen van grootschaligheid ook door kleinere verpleeghuizen kunnen worden gerealiseerd, indien deze nauw gestructureerde samenwerkingsrelaties zouden onderhouden.

Uit een oogpunt van optimale zorgverlening en organisatie moeten minimumeisen aan de omvang van het verpleeghuis worden gesteld. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid acht het bij een omvang van 150 à 200 bedden voor een enkelvoudig huis en 200 à 250 bedden voor een gecombineerd verpleeghuis mogelijk volwaardige medische, para-medische en verpleegkundige staven ten behoeve van alle patiënten te vormen.

In de Handleiding bij artikel 29 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden ten aanzien van minimum- en maximumomvang van verpleeghuizen de volgende aantallen vermeld:
Voor enkelvoudige huizen 90 en 210 en voor gecombineerd huizen 150 en 300.
Uitgaande van de huidige richtlijnen van het Centraal Orgaan ziekenhuistarieven, voor de diverse disciplines in het verpleeghuis, de voordelen van grootschaligheid in acht nemend en gelet op de in de aanbeveling van de Centrale Raad voor Volksgezondheid genoemde aantallen, zou men voor een optimale omvang van het verpleeghuis tot de volgende getallen kunnen komen:

180 bedden voor enkelvoudige huizen en
270 bedden voor gecombineerd huizen.
Toepassing van deze getallen bij de planning van verpleeghuisvoorzieningen, zou betekenen, dat men voor verpleeghuizen van grote omvang kiest. Deze aantallen dienen overigens niet te star te worden gehanteerd.
Van welke aantallen men voor een optimale omvang van het verpleeghuis echter ook uitgaat, bij de planning van verpleeghuisvoorzieningen zal veel rekening gehouden moeten worden met de lokale specifieke omstandigheden. Zou men op grond van lokale omstandigheden een verpleeghuis met minder bedden willen realiseren, dan dienen personeelsnormen aangepast te worden en wel op zodanige wijze dat ook kleinere verpleeghuizen in staat worden gesteld bepaalde disciplines in huis te halen en continuïteit in de zorgverlening te garanderen.

Vanwege de leefbaarheid zullen in het verpleeghuis een groot aantal een- en tweepersoonskamers dienen aanwezig te zijn. Het maximum aantal personen dat per kamer gehuisvest wordt mag niet boven de vier uitgaan.
Met uitzondering van een strikte scheiding tussen somatische patiënten en psycho-geriatrische patiënten is het niet noodzakelijk bij de huisvesting patiënten met een gelijksoortig ziektebeeld in één en dezelfde verpleegeenheid te concentreren.
De verpleegeenheid zou ongeveer 30 bedden moeten hebben.

Naar de mening van enkele verpleeghuizen in Noord-Brabant zou combinatie van de voordelen van grootschaligheid en kleinschaligheid voor bijzondere omstandigheden te realiseren zijn door zogenaamde dependance-vorming. De dependance zou de medische, paramedische en ondersteunende diensten van het grotere moederinstituut kunnen benutten.
Deze verpleeghuizen zijn van mening dat de gedachte van dependancevorming* voor bijzondere gevallen nader verdient te worden onderzocht.

Niettegenstaande de voordelen die dependancevorming met zich meebrengt is een aantal kritische kanttekeningen op zijn plaats. In een verpleeghuis met meerdere lokaties zal men waarschijnlijk allerlei communicatie-problemen aantreffen die een negatieve invloed zullen hebben op de kwaliteit van de zorg. Het contact tussen de verschillende hulpverlenende diensten zal minder frequent worden.
De multidisciplinaire benadering van de zorg, welke zo kenmerkend is voor het verpleeghuis, zal moeilijker kunnen worden gerealiseerd. Diagnostische en therapeutische faciliteiten zullen in meervoud moeten worden aangeschaft.
Bij één dienstdoende hulpverlener zijn acute situaties die zich tegelijkertijd voordoen op verschillende lokaties zeer problematisch.

In een lokatie van 30 bedden zijn de mogelijkheden om specifieke leefgemeenschappen te creëren beperkt. Het is niet ondenkbaar dat teneinde de patiënt de juiste leefgemeenschap te bezorgen, deze patiënt van de ene lokatie naar de andere moet worden overgeplaatst. Dependance-vorming betekent dat voor een bepaalde groep van patiënten de spreidingsgedachte wordt tegengewerkt.

25. Uitgangspunt 25. wordt niet onderschreven.
Zie commentaar bij 24.

26. Uitgangspunt 26. wordt niet onderschreven.
Zie commentaar bij 24.

27. Dit uitgangspunt wordt niet onderschreven.
Zie commentaar bij 24.

28.a. De juistheid van de in de Handleiding aangegeven normen dient nader onderzocht te worden.

29.a. Uitgangspunt 29. wordt niet onderschreven.
De functie dagbehandeling moet zodanig worden gespreid, dat er sprake is van de kortste gemiddelde reistijd.

---

*De verpleeghuizen in West-Brabant zijn van opvatting dat de dependance-gedachte als organisatievorm in experimentvorm zou moeten worden bestudeerd.

30.a. Uitgangspunt 30. wordt onderschreven. In de praktijk blijkt dat, wil de dagbehandelingsfunctie goed uitgeoefend worden, een aanpassing van ruimte en personeelsbezetting nodig is. In de richtlijnen van het C.O.Z. moet hierin dan ook voorzien worden.

31.a. Een afdeling voor dagbehandeling (aparte bouwkundige voorziening)
en b. zal tenminste 10 plaatsen moeten hebben. Vooralsnog lijkt 20 plaatsen niet teveel.

31.c. Deze vraag wordt bevestigend beantwoord.

32.a. Uitgangspunt 32 wordt onderschreven.
Vooral de nabijheid van een verzorgingstehuis wordt van belang geacht. Deze nabijheid is bijvoorbeeld te realiseren via gecombineerde verpleeghuis-verzorgingstehuisvoorziening.
↳ bv. bl. vh + 3 dagbeh pl.
Combinatie van een verpleeghuis met een verzorgingstehuis blijkt in de praktijk grote voordelen te hebben.
De 7% planningsnorm, die gezien de lange wachtlijsten voor een plaats in een verzorgingstehuis aan de krappe kant is, leidt tot opneming van meer urgente gevallen in een verzorgingstehuis.
Het gevolg is dat de bewoners van een verzorgingstehuis ten opzichte van vroeger meer medische en verpleegkundige hulp nodig hebben. Krijgt de hulp een meer continue karakter dan dient de bejaarde uit een verzorgingstehuis overgeplaatst te worden naar een verpleeghuis. Indien een verpleeghuis met een verzorgingstehuis is gecombineerd, dan is deze overplaatsing niet direct noodzakelijk omdat de verpleegkundige staf van hèt verpleeghuis al in een vroeg stadium de verpleegbehoeftige bejaarde hulp kan bieden.
Door toepassing van dagbehandeling bijvoorbeeld is het mogelijk dat de bejaarde in zijn vertrouwde woonomgeving blijft.
Is evenwel intensieve medische en/of verpleegkundige hulp nodig, dan zal overplaatsing toch nodig zijn. Het is evident dat bij herstel terugplaatsing eenvoudig is bij een gecombineerd verpleeghuis/verzorgingstehuis. Blijft herstel uit en moet de bejaarde langdurig in het verpleeghuis blijven, dan is er geen sprake van verlies van sociale relaties die met de bewoners van het verzorgingstehuis zijn opgebouwd.

Bij echtparen, waarvan de ene partner in het verzorgingstehuis verblijft en de andere in het verpleeghuis, is in het geval van gecombineerde voorzieningen het dagelijks contact tussen de partners makkelijker te verwerkelijken, dan bij voorzieningen die niet in elkaars nabijheid zijn gelegen.

De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn overigens van mening, dat in het geval van echtparen waarvan een partner verpleegbehoeftig is, er voor de gezonde partner meer mogelijkheden moeten komen om in de nabijheid van de patiënt te worden gehuisvest.

Een aantal voordelen die gecombineerde verpleeghuizen in organisatorisch opzicht met zich meebrengen gelden ook voor de combinatie verpleeghuis/verzorgingstehuis.

Wat de ligging van het verpleeghuis betreft zal gezien de eerder vermelde belangrijke open verbinding met de maatschappij, gestreefd kunnen worden naar een integratie in de wijk.
Excentrisch gelegen huizen hebben vaak het voordeel van de nabijheid van de natuur en meer ruimte.
Bij een situering van verpleeghuizen dient men ook rekening te houden met een boeiend uitzicht.

32.b. Vraag 32.b. wordt ontkennend beantwoord.

33. Uitgangspunt 33. wordt onderschreven.
Wil men verpleeghuizen dicht bij woonkernen situeren, dan is men veelal aangewezen op een beperkte hoeveelheid grond en zal men de bouw van het verpleeghuis in de hoogte moeten realiseren.
Laagbouw voor een verpleeghuisvoorziening verdient de voorkeur boven hoogbouw. In stedelijke agglomeraties is deze voorkeur van minder belang dan in rurale gebieden.
In stedelijke agglomeraties zijn namelijk meer mensen gewend in hoogbouw te leven. Voordeel van hoogbouw is de korte afstand tot de functionele afdelingen.
Een belangrijk voordeel voor laagbouw is, dat patiënten makkelijk naar buiten kunnen.
Is bij laagbouw een tuin met een natuurlijke afrastering en de mogelijkheid tot het onbelemmerd afleggen van grote afstanden aanwezig, dan kunnen psycho-geriatrische patiënten onder minimale begeleiding van het personeel naar eigen behoefte van de buitenlucht genieten.
Binnen het verpleeghuis dient men bij de indeling rekening te houden met ruime loopmogelijkheden voor de patiënten.

34. Uitgangspunt 34. wordt in beginsel onderschreven.

35. Vraag 35.a. wordt bevestigend beantwoord, voorzover betreft de combinatie verpleeghuis/verzorgingshuis.
Een combinatie verpleeghuis/ziekenhuis wordt absoluut afgewezen.
Beide instellingen moeten volkomen gescheiden blijven. Omwille van de eigen identiteit van het verpleeghuis zal het verpleeghuis niet alleen een eigen gebouw moeten bezitten, doch ook een eigen bestuur en directie moeten hebben.

35.b. Ja, noodzakelijk en haalbaar.

N.B. Op pagina 25. van de discussienota is de volgende formulering opgenomen "De door provinciale staten vastgesteld regio-indeling behelst een indeling in 7 regio's die samengevoegd kunnen worden tot 4 grotere regio's als de schaal van voorzieningen in kwestie daartoe aanleiding geeft".
De verpleeghuizen in Noord-Brabant zijn van oordeel dat uit oogpunt van meer mogelijkheden tot een evenwichtige spreiding van voorzieningen, regio I en II moeten worden samengevoegd.

Wellicht ten overvloede wenst men op te merken dat getallen vermeld in tabel 3 op pagina 26 door de actualiteit zijn achterhaald en daarom aanpassing behoeven.

Bij de planning zal rekening moeten worden gehouden met wat reeds aan voorzieningen is gerealiseerd en met door de Minister afgegeven "verklaringen".

BIJLAGE

Discussienota uitgangspunten plan verpleeghuizen van de provincie Noord-Brabant

Concept-uitgangspunten en vragen dienaangaande

1. *In verpleeghuizen voor somatisch zieken en in afdelingen somatisch zieken van gecombineerde verpleeghuizen gaat het in het algemeen om mensen die een intensieve verpleegkundige en (para)medische hulpverlening nodig hebben, die hen in hun eigen omgeving (woning, verzorgingstehuis), eventueel met hulp van de ambulante gezondheidszorg en maatschappelijke zorg, niet op verantwoorde wijze kan worden gegeven, zonder dat er zodanige aandoeningen bestaan, dat klinische medisch-specialistische behandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum vereist is (zie 3.2.1.).*
   a. Kunt u deze algemene omschrijving onderschrijven?
   b. Vindt u de aanduiding van categorieën patiënten zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid die geeft (zie 3.2.1.) in dit verband juist?
   c. Vindt u de aanduiding van categorieën patiënten zoals de Centrale Raad voor de Volksgezondheid die geeft (zie 3.2.1.) in dat verband volledig of bent u van mening dat nog andere categorieën in het verpleeghuis thuishoren (bijv. patiënten die niet elders ondergebracht kunnen worden)?

2. *De verpleeghuiszorg voor jeugdigen en kinderen stelt speciale eisen. Voor jeugdigen en kinderen zijn afzonderlijke verpleegafdelingen in speciaal daartoe aangewezen verpleeghuizen gewenst (zie 3.2.1.).*
   a. Wat vindt u van deze opvatting?
   b. Aan welke schaal van werken denkt u daarbij?
   c. Aan welke leeftijdsgrenzen moet voor deze categorieën gedacht worden?

3. *In de zorg in verpleeghuizen voor somatisch zieken (en afdelingen somatisch zieken van gecombineerde huizen) dient ruime aandacht uit te gaan naar de woonfunctie voor de patiënten, waarbij de verpleegkundige, (para)medische en psychosociale zorg als bijzondere elementen aan dat wonen worden toegevoegd (zie 3.2.2.a.). Voor de groep van reactiverende, herstellende en tijdelijke patiënten weegt de woonfunctie overigens minder zwaar dan voor chronisch zieken, invaliden of terminale patiënten.*
   a. Onderschrijft u deze opvatting of huldigt u een andere (bijvoorbeeld dat het verlenen van (para)medische en/of verpleegkundige zorg ten allen tijde de eerste taak van het verpleeghuis voor somatisch zieken is, waarbij het bieden van woonfaciliteiten een nevenaspect vormt)?

b. Is het in uw ogen juist dat voor bepaalde, hierboven genoemde patiëntengroepen de woonfunctie minder zwaar weegt en welke consequenties kan dat met zich meebrengen?

4. *In het kader van de woonfunctie zowel als verpleegfunctie van het verpleeghuis voor somatisch zieken en geestelijk gestoorde bejaarden zijn privacy, bevordering van zelfstandigheid, beleven van eigen identiteit, een herkenbare plaats e.d. essentiële elementen opdat de bewoner zich zo goed mogelijk thuis zal voelen (zie 3.3.2. a. en b., 3.3.3. a. en b.).*
   a. Kunt u dit uitgangspunt voor beide patiëntencategorieën onderschrijven?
   b. Zo ja, hoe kan volgens u aan die vereisten tegemoet gekomen worden?

5. *Het is in het algemeen niet gewenst dat verpleeghuizen fungeren als onderkomen voor terminale patiënten uit ziekenhuis, verzorgingstehuis of thuismilieu, behalve als het stervensproces lange tijd gaat duren en men in het thuismilieu c.q. verzorgingstehuis of ziekenhuis niet in staat is de patiënt langdurig adequaat te verzorgen (3.3.2.b.).*
   a. Kunt u deze visie onderschrijven?
   b. Heeft deze benadering in uw ogen consequenties voor de accommodatie en zorgverlening van ziekenhuizen, verzorgingstehuizen en ambulante zorg en zo ja, welke?

6. *De (para)medische zorg in verpleeghuizen voor somatisch zieken is gericht op:*
   - *reactivering van met name oudere mensen met het doel herstel danwel handhaven van de ADL-functies*
   - *onderhoud en herstel van functies, niet alleen van zuiver somatische aard, maar ook die, verband houdende met het psychisch functioneren*
   - *verzachten van het lijden (met name bij terminale patiënten).*

   Daartoe zullen medisch-specialisten slechts in de consultatieve sfeer ingeschakeld worden (zie 3.3.2.c.).
   a. In deze omschrijving is een duidelijke beperking van het (para)medisch gebeuren in het verpleeghuis aangebracht. Wat vindt u daarvan?
   b. Acht u met deze omschrijving een duidelijk afbakening naar andere klinische medische zorg (ziekenhuizen, revalidatiecentra) gegeven?

7. *Dagbehandeling in verpleeghuizen voor somatisch zieken heeft als doel:*
   - *mensen, die bijna voor opname in een verpleeghuis voor somatisch zieken in aanmerking komen in staat te stellen zich langer, ondersteund door deze dagbehandeling, zelfstandig in de maatschappij te handhaven*
   - *mensen in staat te stellen eerder in de maatschappij terug te keren na ziekte of ongeval*
   - *thuismilieu van thuisverblijvende patiënten gedeeltelijk te ontlasten, zodat het langer in staat is de patiënt te verplegen. Essentieel voor dagbehandeling is, dat een breed samengesteld samenhangend pakket zorg geboden wordt.*

a. Acht u dit inderdaad taken van een dagbehandelingsafdeling in een verpleeghuis voor somatisch zieken?
b. Voegt de dagbehandeling in uw ogen inhoudelijk inderdaad iets nieuws toe aan wat de eerstelijnszorg kan leveren?

8. *In de geestelijke gezondheidszorg voor bejaarden wordt veelal het onderscheid gemaakt tussen bejaarde psychisch gestoorden, bejaarde zwakzinnigen en psychisch gestoorde bejaarden.*
Tot deze laatste groep behoort naast de groep psychisch gestoorde bejaarden met dementieel beeld ook de categorie patiënten met psychiatrische ziektebeelden in de ouderdom verkregen.
De verpleeghuizen richten zich vrijwel uitsluitend op de groep psychisch gestoorde bejaarden met dementieel beeld (zie 3.3.1.). De overige genoemde groepen vallen onder de circuits van respectievelijk de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg.
a. Bent u van mening dat deze patiëntengroepen en de daarbinnen aangegeven patiëntencategorieën duidelijk onderscheiden zijn of geeft u de voorkeur aan een andere indeling en zo ja, welke?
b. Onderschrijft u de opvatting dat de verpleeghuizen bestemd zijn voor de groep psychisch gestoorde bejaarden waarbij dan uitgezonderd wordt de categorie patiënten met psychiatrische ziektebeelden in de ouderdom verkregen?

9. *In het kader van het onderzoek naar de psychische stoornissen van bejaarden gaat het vooral om poliklinische onderzoeken. Slechts in beperkte gevallen met name in acute situaties en in geval van gedragsobservaties is klinisch onderzoek noodzakelijk. Dit klinisch onderzoek c.q. observatie kan dan het beste geschieden in een daartoe gespecialiseerde afdeling van een intra-murale instelling daartoe aan te wijzen door de instellingen die zich in een regio met de geestelijk gezondheidszorg bezig houden.*
In het geheel van de hulpverlening aan bejaarden met psychische stoornissen ligt een belangrijke coördinerende rol voor de sociaal-geriatrische diensten (zie 3.3.2.).
a. Bent u het eens met de opvatting dat het onderzoek naar de psychische stoornissen van de bejaarden in het merendeel van de gevallen beperkt kan blijven tot poliklinische onderzoeken?
b. Onderschrijft u de opvatting dat het klinisch onderzoek het beste kan geschieden in een daartoe gespecialiseerde afdeling van een intra-murale instelling, daartoe aan te wijzen door de instellingen die zich in een regio met de geestelijke gezondheidszorg bezig houden of bent u een andere mening toegedaan (bijv. het onderzoek zal op ziekenhuisniveau moeten geschieden bij voorkeur in een algemeen ziekenhuis)?
c. Wat is uw mening over de coördinerende rol van de SGD's bij de hulpverlening aan bejaarden met psychische stoornissen?

10. *In de zorg in verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden (en afdelingen geestelijk gestoorde bejaarden in gecombineerde huizen) staat het bieden van beschermd wonen centraal, gelet op de sterk verminderde zelfstandigheid van de bewoner (zie 3.3.3.c.).*
    a. Onderschrijft u deze opvatting of huldigt u een andere (bijvoorbeeld dat het verlenen van (para) medische en/of verpleegkundige zorg de eerste taak voor het verpleeghuis voor geestelijk gestoorde bejaarden is, waarbij het bieden van beschermd wonen een belangrijke, doch niet de centrale functie is)?

11. *De dagbehandeling in verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden kan in belangrijke mate een bijdrage leveren aan:*
    - *het terugdringen van dementieel gedrag danwel het vertragen van het dementeringsproces*
    - *de ondersteuning van de thuiszorg*
    - *het accepteren van afwijkend gedrag*

    Essentieel is dat de dagbehandeling daarbij kan aansluiten op een goed ontwikkelde sociaal-geriatrische zorg (zie 3.3.4.).
    a. Kunt u deze visie onderschrijven?
    b. Wat zijn naar uw mening de consequenties voor de dagbehandeling in het verpleeghuis wanneer sprake is van een meer of minder ontwikkelde sociaal-geriatrische zorg?
    c. Wat is naar uw mening de invloed van kleinere lokaties van verpleeghuizen op de dagbehandeling?

12. *Er zijn vanuit de patiënt gezien geen duidelijke doorslaggevende argumenten voor een algemene voorkeur voor enkelvoudige of gecombineerde verpleeghuizen. De tekst (3.4.) heeft een aantal overwegingen hierover.*
    a. Wat vindt u van bovenstaand uitgangspunt, gelet op de voorkeur van de Centrale Raad en van de Handleiding Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor gecombineerde tehuizen?
    b. Wat vindt u van de kanttekeningen die in de tekst bij de argumentatie van de Centrale Raad zijn gemaakt?

13. *Met het oog op verbetering en onderlinge afstemming van opname- en doorverwijzingsbeleid van verpleeghuizen en verwante voorzieningen in hun omgeving, is een regionaal gecoördineerd beleid inzake indicatiestelling en opname wenselijk, dat tevens meer inzicht kan verstrekken in de werkelijke regionale behoefte aan verpleeghuisfaciliteiten. Aan dat gecoördineerde opname en doorverwijzingsbeleid zouden naast de verpleeghuizen ook de aanpalende voorzieningen uit de desbetreffende regio moeten deelnemen.*
    a. Kunt u deze wenselijkheid onderschrijven?
    b. Onderschrijft u dat daarmee uit planningsoogpunt een belangrijke stap voorwaarts zou worden gezet?

14. *Tussen het algemeen ziekenhuis en het verpleeghuis voor somatisch zieken is een geformaliseerde relatie noodzakelijk ten aanzien van de wederzijdse afstemming van het opnamebeleid. In het belang van een optimale samenwerking tussen beide voorzieningen is voorts een uitwisseling van consulentschappen gewenst (functionele samenwerkingsrelatie) (zie 3.5.2.).*
    a. Hoe staat u tegenover deze opvatting en bent u van oordeel dat deze praktisch haalbaar zal zijn?

15. *Een functionele samenwerkingsrelatie tussen het algemeen ziekenhuis en het verpleeghuis voor geestelijk gestoorde bejaarden is gewenst voorzover het ziekenhuis in de regio is belast met de klinische observatie c.q. het onderzoek naar de psychische stoornissen van bejaarden (zie 3.5.3.).*
    a. Voor welke andere functies behoudens bovengenoemde acht u een samenwerkingsverband tussen het algemeen ziekenhuis en verpleeghuis voor geestelijk gestoorde bejaarden gewenst c.q. noodzakelijk?

16. *In het kader van de planning verpleeghuizen zal duidelijkheid moeten ontstaan over de door de psychiatrische ziekenhuizen en de door verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden te verrichten functies. Een en ander zal mede bezien moeten worden tegen de achtergrond van uitgangspunt 8 (zie 3.5.4.).*
    a. Kunt u bovenstaande opvatting onderschrijven?

17. *In het verlengde van onze opvatting dat bejaarde psychisch gestoorden in psychiatrische ziekenhuizen en psychisch gestoorde bejaarden in verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden dienen te worden verpleegd ligt het voor de hand dat het verschijnsel van "gesplitste erkenningen" moet worden vermeden (zie 3.5.4.).*
    a. Bent u van mening dat beide groepen bejaarden een wezenlijk andere verpleging behoeven en dat daartoe verschillende typen inrichtingen (verpleeghuis c.q. psychiatrisch ziekenhuis) aangewezen moeten worden?

18. *In de relatie tussen verzorgingstehuis en verpleeghuis vinden wij dat opname in verpleeghuizen op strikt medische indicatie dient te geschieden (zie 3.5.6.).*
    a. Kunt u deze opvatting onderschrijven of bent u een andere mening toegedaan (bijv. op grond van sociale overwegingen dient opname in een verpleeghuis te geschieden)?

19. *Niettegenstaande het gestelde onder 18 is de overgang tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen een geleidelijke, waarbij onderscheid te maken valt tussen:*
    - *verpleegfunctie, te vervullen in alle verzorgingstehuizen op het niveau van familiehulp, aangevuld met wijkverpleging*
    - *uitgebreidere verpleegfunctie, te vervullen in de grotere verzorgingstehuizen, al dan niet in de vorm van een verpleegafdeling en met een consultatieve ondersteuning door een verpleeghuisarts*

- *dependance van een verpleeghuis, aangehaakt aan c.q. ondergebracht in een verzorgingstehuis, doch organisatorisch deel uitmakend van een verpleeghuis (zie 3.5.6. en 4.2.2.).*

a. Acht u dit onderscheid zinvol in het perspectief van een adequate zorg?
b. Acht u een dergelijke genuanceerde opzet organisatorisch haalbaar?

20. *Als aanvulling op het gestelde onder 19 geldt nog dat voor geestelijk gestoorde bejaarden de noodzaak tot opname in een verpleeghuis zich eerder aandient dan voor somatisch zieke bejaarden vanwege de specifieke eisen die demente bejaarden aan personeel stellen en vanwege de moeilijkere acceptatie door medebewoners en personeel in een verzorgingstehuis (zie 3.5.6.).*

a. Kunt u deze opvatting onderschrijven?

21. *In het belang van optimale samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingstehuizen dienen evenals dat thans voor verzorgingstehuizen geschiedt ook voor verpleeghuizen objectieve indicatiecriteria te worden vastgesteld. Daarnaast zijn op regionaal niveau vaste afspraken nodig tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen, die opname en over- en terugplaatsing van patiënten dienen te betreffen (zie 3.5.6.b.).*

a. Kunt u bovenstaande visie onderschrijven of zijn er naar uw mening andere mogelijkheden die een samenwerking tussen verzorgingstehuizen en verpleeghuizen kunnen bevorderen?

22. *Met het oog op de afstemming van functies van verpleeghuizen en verzorgingstehuizen en met het oog op het optimaal kiezen van de meest geschikte voorziening voor de desbetreffende mensen is het wenselijk te komen tot een regionale coördinatie van opnemings- en ontslagbeleid van de verpleeg- en verzorgingstehuizen (zie 3.5.6.).*

a. Acht u dat een zinvol streven?

23. *Door middel van een versterking van de extra-murale zorg in de vorm van het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, de ontwikkeling van sociaal-geriatrische diensten en de introductie c.q. versterking van de dagbehandeling in het verpleeghuis wordt het mogelijk de patiënt langer in het thuismilieu te verplegen en te verzorgen (zie 3.5.7. en 4.2.2.).*

a. Kunt u deze opvatting onderschrijven?
b. Kan naar uw mening door een versterking van de extra-murale zorg de landelijke norm voor verpleeghuisbedden verlaagd worden?
c. Zou door de verruiming van de landelijke norm voor het aantal dagbehandelingsplaatsen de landelijke norm voor klinische verpleeghuiscapaciteit verlaagd kunnen worden?

24. *Een verpleeghuis moet meerdere lokaties kunnen hebben als daarmee een evenwichtige en grotere spreiding van de voorzieningen bevorderd kan worden. De kleinere vestigingen behoeven dan niet noodzakelijk alle categorieën patiënten te kunnen opnemen. Beperking tot minder intensief behandelingsbehoeftigen lijkt in die gevallen verantwoord (zie 4.2.2.).*
    a. Wat vindt u van dit uitgangspunt, gelet op zaken zoals de wenselijke omvang van een afdeling, de kwaliteit van de zorg, de organisatorische mogelijkheden en het spreidingsaspect?
    b. Onderschrijft u dat met name minder intensief behandelingsbehoeftigen voor deze grotere spreiding via kleinere vestigingen (al dan niet in de vorm van dependances bij verzorgingstehuizen) in aanmerking komen?

25. *De minimale omvang van een enkelvoudig verpleeghuis bedraagt in principe 90 bedden.*
    Als een verpleeghuis meerdere lokaties kent, bedraagt de minimale omvang per enkelvoudige lokatie in principe 60 bedden.
    De minimale omvang van een enkelvoudige dependance van een verpleeghuis bij een verzorgingstehuis bedraagt in principe 30 bedden (zie 4.2.2.).
    a. Kunt u deze nuancering van het gestelde in het Handleiding bij de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (90 bedden minimaal) onderschrijven?

26. *De minimale omvang van een gecombineerd verpleeghuis bedraagt in principe 150 bedden.*
    Als een verpleeghuis meerdere gecombineerde lokaties kent, bedraagt de minimale omvang per gecombineerde lokatie in principe 90 bedden.
    De minimale omvang van een gecombineerde dependance van een gecombineerd verpleeghuis bij een verzorgingstehuis bedraagt in principe 60 bedden (zie 4.2.2.).
    a. Kunt u deze nuancering van het gestelde in de Handleiding bij de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (150 bedden minimaal) onderschrijven?

27. *De maximale totale capaciteit van verpleeghuizen met meerdere lokaties bedraagt 210 bedden voor enkelvoudige en 300 bedden voor gecombineerde tehuizen. De maximale capaciteit per verpleeghuisvestiging bedraagt voor respectievelijk enkelvoudige en gecombineerde tehuizen in de steden 150 c.q. 240 en daarbuiten 120 c.q. 180 bedden (zie 4.2.2.).*
    a. Kunt u deze nuancering ten opzichte van de Handleiding bij de Wet Ziekenhuisvoorzieningen onderschrijven?
    b. Wat vindt u van het gemaakte onderscheid tussen stad en platteland?

28. *Het aantal dagbehandelingsplaatsen per regio bedraagt in beginsel niet meer dan de normen volgens de Handleiding t.w. voor somatisch zieken 0,72 promille van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder plus 0,02 promille van de totale bevolking; voor geestelijk gestoorde bejaarden 0,75 promille van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder (zie 4.3.2.).*

a. Kunt u bovenstaand uitgangspunt onderschrijven of zijn er naar uw mening argumenten die pleiten voor bijstelling van deze normen?

29. *In niet-stedelijke gebieden dient ieder verpleeghuis de mogelijkheid van dagbehandeling te kunnen bieden. In steden met meerdere verpleeghuizen van eenzelfde soort dient minstens één van die verpleeghuizen dagbehandeling te bieden (zie 4.3.3.).*
   a. Onderschrijft u deze opvatting of huldigt u een andere (bijv. dat ieder verpleeghuis de mogelijkheid van dagbehandeling moet kunnen bieden)?

30. *Het aantal plaatsen voor dagbehandeling in een verpleeghuis dient volgens de Handleiding niet kleiner te zijn dan 5 (zie 4.3.3.).*
   a. Acht u uit kwaliteitsoogpunt een minimum-omvang van 5 plaatsen voor de functie dagbehandeling noodzakelijk of acht u in dun bevolkte gebieden met het oog op de spreiding geringere omvangen verantwoord?

31. *In steden met meerdere verpleeghuizen van éénzelfde soort dient volgens de Handleiding één van die verpleeghuizen een dagbehandelingsafdeling van tenminste 15 maar bij voorkeur 20 plaatsen te hebben (zie 4.3.3.).*
   a. Wat vindt u van deze opvatting?
   b. Hoe groot mag volgens u een dagbehandelingsafdeling maximaal zijn?
   c. Acht u voor een dagbehandelingsafdeling speciale bouwkundige voorzieningen noodzakelijk?

32. *Het verpleeghuis dient gesitueerd te zijn in een levendig gedeelte van een woonkern, goed bereikbaar per particulier- en openbaar vervoer, zo mogelijk in de nabijheid van een verzorgingstehuis (zie 5.1.).*
   a. Kunt u deze visie onderschrijven? Zijn er volgens u nog andere aanbevelingen te doen ten aanzien van de situering van verpleeghuizen?
   b. Acht u een situering van het verpleeghuis in een woonkern mede van belang met het oog op personeelsvoorziening?

33. *Bij de bouw van verpleeghuizen dient rekening te worden gehouden met de volgende aspecten (zie 6.):*
   - *waar mogelijk laagbouw. Een maximumhoogte van 3 bouwlagen voor verpleeghuizen voor somatisch zieken. Bij voorkeur één bouwlaag voor verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden*
   - *het aanleggen van zgn. "binnentuinen" ten behoeve van geestelijk gestoorde bejaarden*
   - *voor iedere bewoner een duidelijk herkenbare "eigen" plaats*
   - *gelegenheid om familie alleen te ontvangen*
   - *voor demente bejaarden veel bewegingsmogelijkheden op de afdeling*
   - *voor somatisch zieken en licht demente bejaarden de voorkeur voor éénpersoonskamers*

- *vergroting van de leefbaarheid van het gebouw onder meer tot uiting komend in een gedifferentieerde bouw van bij voorkeur kleine afdelingen.*

a. Welke andere aspecten spelen naar uw mening een rol bij de bouwkundige opzet van verpleeghuizen?

b. In hoeverre moeten of kunnen deze aspecten worden opgenomen in het provinciaal plan?

34. *De ontwikkeling van het verpleeghuis waarbij het aspect wonen, het beleven van de eigen identiteit door de patiënt meer aandacht moet krijgen, maken ziekenhuizen in bouwkundig opzicht ongeschikt om als verpleeghuis te dienen (zie 6.).*

a. Kunt u deze opvatting onderschrijven?

35. *Bij de combinatie verpleeghuis/verzorgingstehuis zullen de verschillende onderdelen bouwkundig herkenbaar moeten zijn en ieder op zich moeten kunnen functioneren. Bij de combinatie verpleeghuis/ziekenhuis zal omwille van de eigen identiteit van het verpleeghuis de verpleeghuisfunctie in een afzonderlijk gebouw moeten worden ondergebracht.*

Indien aan een verpleeghuis dagbehandelingsafdelingen zowel voor somatisch zieken als geestelijk gestoorde bejaarden verbonden zijn, dan dienen deze afdelingen ruimtelijk gescheiden te zijn (zie 6.).

a. Deelt u deze opvatting?

b. Acht u de voorgestelde scheidingen in de praktijk haalbaar?

NB. Heeft u uitgangspunt die van belang zijn voor het plan verpleeghuizen gemist? Zo ja, welke zijn deze?

B T Th
1070
1490
338
770